Schwangerschaft und Neubildung.

(16 Fälle von Laparatomie bei Gravidität aus der Privat-Anstalt für Frauenkrankheiten von A. Martin.)

Von

M. Gördes.

(Mit 2 Tafeln.)

(Separatabdruck aus „Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.“ Band XX. Heft 1.)



Schwangerschaft und Neubildung.

(16 Fälle von Laparatomie bei Gravidität aus der Privat-Anstalt für Frauenkrankheiten von A. Martin.)

Von

M. Gördes.

(Mit 2 Tafeln.)

Nichts ist geeigneter, den engen Zusammenhang von Geburtshülfe und Gynäkologie und ihre untrennbare Zusammengehörigkeit darzuthun, als diejenigen Fälle von Gravidität, welche durch irgend ein Leiden der Unterleibsorgane complicirt sind. Von diesen aber erheischen wiederum diejenigen ein besonderes Interesse, deren Beseitigung einen operativen Eingriff, nämlich die Eröffnung der Leibeshöhle durch Laparatomie, nothwendig macht. Und zwar sind sie von besonderem Interesse einmal wegen ihrer relativen Seltenheit. Der alte Satz, dass Erkrankungen der weiblichen Genitalien überhaupt das Zustandekommen der Schwangerschaft ausschliessen, ist allerdings durch die Fülle der gemachten Beobachtungen längst hinfällig geworden. So lange noch gesunde Keime bereitet werden, so lange mit diesen befruchtungsfähiges Sperma in Contact kommen kann, und so lange der Boden fähig ist, die befruchteten Keime aufzunehmen und zu ernähren, so lange ist natürlich eine Schwangerschaft möglich. Aber zur Illustration der relativen Seltenheit von mit Schwangerschaft complicirten Tumoren mag die Angabe dienen, dass von ca. 330 seit der Mitte des Jahres 1887 bis Ende 1889 in der A. Martin'schen Anstalt ausgeführten Laparatomien — einschliesslich der mittelst Bauchschnitt operirten Extrauteringravidi-

täten — überhaupt nur 13, d. i. 4%, mit Schwangerschaft complicirt waren.

Aus dieser Seltenheit resultirt naturgemäss eine gewisse Schwierigkeit der Beobachtung der beiden neben einander bestehenden ungewöhnlichen Zustände. Ist dieses schon misslich für die Stellung der Diagnose, so ist dies noch mehr der Fall für die Wahl der Therapie, da die Rücksicht auf die bestehende Gravidität den Arzt oft genug von Massnahmen zurückhalten muss, die er ohne jene für indicirt halten würde, und umgekehrt.

Ich erachte es demnach nicht für ungerechtfertigt, das einschlägige Material möglichst der Oeffentlichkeit zur allgemeinen Ausbeutung zu übergeben, und um auch meinerseits einen Beitrag zu dieser Frage zu liefern, habe ich aus dem reichhaltigen Materiale der Anstalt das diesbezügliche gesammelt und will es mit den daraus gewonnenen Resultaten an dieser Stelle vorlegen. Es handelt sich um eine Reihe zum Theil sehr interessanter Fälle von Tumoren bei bestehender Gravidität, die sämmtlich in den letzten 10 Jahren in der Anstalt zur Beobachtung und mittelst Laparatomie zur Operation kamen, deren Entfernung durch die verursachten Beschwerden oder in Rücksicht auf sicher zu erwartende Folgezustände indicirt war.

Zumeist waren es Geschwülste der Beckenorgane, und zwar handelte es sich dreimal um Ovarien-, resp. Tubengeschwülste, einmal um einen Abscess im linken Ligamentum latum, der als solider intraligamentärer Tumor angesprochen worden war, einmal um ein intraligamentär entwickeltes, multiloculäres Kystom, einmal um einen carcinomatösen Netztumor, der den Eindruck eines Ovarialtumors gemacht hatte, und einmal um rechtsseitige Hydronephrose. Die übrigen 8 Fälle waren Myomoperationen. Es könnte auffallen, dass unter den erwähnten Fällen keine Extrauterinschwangerschaften aufgeführt sind, die doch wohl das grösste Contingent zu den mit Schwangerschaft einhergehenden Tumoren stellen. Es sind deren in der gleichen Zeit ca. 20 in der Anstalt zur Beobachtung und Operation gekommen. Dieselben sind indessen mit Absicht hier nicht angeführt worden, da eine Veröffentlichung und Besprechung derselben von anderer, berufenerer Seite aus erfolgen wird. Dies erklärt auch, warum die Anzahl der Tuben- und Ovariengeschwülste so gering ist. Die meisten derselben, die hier mit Schwangerschaft complicirt beobachtet wurden, waren nämlich nicht normale, sondern extrauterine

Schwangerschaften, und aus diesem Grunde blieben sie fort bis auf die folgenden Fälle:

1. Fall. Frau K., 39 J. (Polikl. Journ. XVI. Nr. 310.) Cystis ovar. sin. Grav. mens. III. — Ovariot. sin. (am 27. März 1884. Oper. Journ. XI. Nr. 135.) Dauer 17 Minuten.

Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

17. November 1884. Sehr leichte Entbindung von einem reifen starken Mädchen. Während der Schwangerschaft keine Beschwerden.

3. Mai 1890. Seit der Operation Allgemeinbefinden bis heute vorzüglich.

2. Fall. Frl. J., 21 J. (P. J. XXVII. 937.) Cystis ovar. sin. Grav. m. II. — Ovariot. sin. (18. August 1887. Op. J. XVII. 474). Dauer 8 Minuten.

Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

3. Fall. Frau B., 27 J. (Pr. J. II. 157.) Cyst. ovar. dupl. Abort m. II.—III. imminens. — Ovario-Salpingot. dupl. (14. April 1888. Op. J. XVIII. 206). Dauer 10 Minuten.

Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

Nach einer angestellten Statistik ergab sich, dass von den in der Anstalt operirten Eierstocks- und Eileitergeschwülsten ca. 50% linksseitige, nicht ganz 25% rechtsseitige, der Rest doppelseitige waren. Diese ausgesprochene Prädisposition für die linke Seite der weiblichen Genitalien erstreckt sich übrigens auch auf andere pathologische Zustände der letzteren, vornehmlich auf Extrauterinschwangerschaften, bezüglich welcher diese Beobachtung ja auch früher schon von anderer Seite gemacht worden ist. Von 14 seit dem Jahre 1885 in der Anstalt durch Laparatomie beendigten Extrauteringraviditäten waren beispielsweise 12 Tubarschwangerschaften und je 1 abdominal und tubo-abdominal. Die letztere war rechtsseitig; von den ersteren aber waren 9 (d. h. 75%) linksseitig und nur 3 (25%) rechtsseitig. Andererseits sind die meisten pathologischen Zustände der weiblichen Nieren, besonders Wandernieren und Tumoren, rechtsseitig (der weiter unten erwähnte Fall von Hydronephrose war auch rechtsseitig). Auch Entzündungen der Tuben und Ovarien findet man mehr auf der linken als auf der rechten Seite, solche der Bartholinischen Drüsen dagegen wieder häufiger auf der rechten Seite.

Alle diese zuletzt erwähnten Leiden des weiblichen Genitalapparates haben ein Moment der Aetiologie gemeinsam. In einer

auffallend grossen Anzahl von Fällen — ich stehe nicht an zu sagen in 90% — bildet die Entstehungsursache der Leiden eine acute Gonorrhoe. Vor allem gilt dieses von den eitrigen Salpingitiden. Mit einer Ausnutzung des Materiales der Anstalt in dieser Richtung ist man zur Zeit noch beschäftigt, und stehen uns die Resultate dieser Untersuchungen noch bevor.

Was die Diagnose der Ovarialtumoren im Allgemeinen angeht, so macht dieselbe von allen Tumoren der weiblichen Beckenorgane relativ die geringsten Schwierigkeiten, wenigstens insofern, als man meist mit ziemlicher Gewissheit constatiren kann, dass der Tumor dem Ovarium angehört, es sei denn, dass die starre Wandung der meist cystischen Tumoren und ihre feste Verlöthung mit einer Seite des Uterus ein Myom des letzteren vortäuschen. Von einer Verwechslung mit Exsudatmassen schützt meist die verschiedenartige Form und wiederum die Consistenz. Das übrigens auch nicht einmal so zuverlässige Symptom des Vorhandenseins von Collostrum in den Brustdrüsen, was am meisten noch bei Dermoidcysten zu verwerthen ist, hat natürlich bei gleichzeitiger Schwangerschaft erst recht keinen diagnostischen Werth.

Bezüglich der Therapie dürften einige bekannte allgemeine Bemerkungen hier am Platze sein.

Hat man einen Tumor bei einer Schwangeren vor sich, so gilt die erste Frage seinem Ausgangspunkte, seinem Sitz und Verhältniss zu den Nachbarorganen, sodann der Natur desselben. Ist man sich darüber klar geworden, so ist kein Zweifel, dass man ein abwartendes Verfahren einschlagen darf und muss, so lange die Beschwerden mässig und Sitz und Natur der Geschwulst günstig sind. Es darf also im Abwarten durch das Wachsthum der letzteren — das bedeutende Wachsen der Myome inter graviditatem, wie umgekehrt ihre puerperale Involution ist bekannt — oder durch ihre eventuelle Bösartigkeit — dies gilt vor allem für die selteneren Sarkome — keine Gefahr entstehen. Von vorn herein darf man nicht ausser Acht lassen, dass ein Abort so lange recht misslich ist, als die Zusammengehörigkeit, resp. das Verhältniss von Neubildung zu Uterus nicht sehr bestimmt erkannt ist. Andererseits ist zu berücksichtigen, ob die Geschwulst nicht später ein mechanisches Geburtshinderniss abgeben wird.

Was die Behandlung der Tubar- und Ovarialtumoren im Besonderen angeht, so ist ihre isolirte Entfernung sofort indicirt, wenn

Complicationen, z. B. ausgedehnte Verwachsungen mit der Gebärmutter, diese nicht hindern. Die Schwangerschaft wird dadurch nicht alterirt und der schwangere Uterus vor allen von dem Tumor ausgehenden Eventualitäten, sei es Raumbeengung, seien es Ernährungsstörungen infolge Torsion des Stieles, geschützt.

Dem entsprechend empfiehlt auch Fehling[1]) die Ovariotomie in graviditate; intra partum will er in Narkose die Reposition oder Punction vornehmen.

Sehr oft wird der vorhandene Tumor, indem er der wachsenden Gebärmutter den Platz streitig macht, zur Ursache des Abortes, und schon aus diesem Grunde ist seine möglichst frühzeitige Entfernung indicirt; wie auch in dem erwähnten Falle 3 wird andererseits durch die Ovariotomie oft der drohende Abort aufgehalten. Endlich käme noch in Betracht, dass das Wochenbett nach Entfernung des Tumors einen günstigeren Verlauf hat, als bei andauerndem Vorhandensein des Tumors.

Sehr viel grösser noch als bei diesen Geschwülsten ist die Gefahr des Abortes in jeder Beziehung bei den Neubildungen, welche der Gebärmutter selbst angehören, ich denke in erster Linie an die Myome des Uterus. Aus dem klinischen Materiale habe ich im Ganzen 9 Fälle von solchen Neubildungen hervorgesucht, eine verhältnissmässig grosse Zahl, wenn man bedenkt, dass eine Conception bei Vorhandensein von Myomen nur relativ selten zustande kommt. Nach Schröder und übereinstimmend allen andern Autoren lassen die submucösen und auch die grösseren interstitiellen Myome nur sehr ausnahmsweise die Conception zu, und es tritt, wenn dieselbe wirklich erfolgt, sehr häufig Abort ein. Diese anerkannte Thatsache gewährt dem Arzte eine grössere Freiheit des Handelns in dem Sinne, dass er auf die bestehende Schwangerschaft weniger Rücksicht zu nehmen braucht.

4. Fall.[2]) Frau K., 29 J., I. grav. Myomata colli et corporis uteri grav. m. VI. — Isolirte Entfernung der Tumoren unmöglich, Abwarten wegen Allgemeinbefindens und sicherer Folgen unmöglich, puerperale Auf-

---

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1888, Nr. 49: „Ueber die Complication von Schwangerschaft und Geburt mit Tumoren der Beckenorgane."

[2]) Vgl. O. Langner: „Die Myomotomie am schwangeren Uterus", Berl. klin. Wochenschr. 1886 Nr. 29.

lösung der Tumoren erhofft, daher am 24. November 1880 Sectio caes. Dauer 60 Minuten.

Heilung. Tumor nach $2^1/_2$ Monaten schon erheblich geschwunden. Der behandelnde Arzt hat Anfang 1890 berichtet, dass die Tumoren bis auf kleine Reste geschwunden sind.

Der scheinbar einfachere Weg, die Einleitung des Abortes, wurde in diesem Falle aus dem sehr plausiblen Grunde nicht gewählt, weil der Beckenausgang durch einen grossen Geschwulstknoten verlegt war. Uebrigens ist man, seit Schröder zuerst im Jahre 1879 die Myomotomie am schwangeren Uterus ausführte, mehr und mehr davon abgekommen, bei Myomen des schwangeren Uterus den Abort einzuleiten. Es ist nämlich dieses Verfahren insofern eine recht missliche Sache, als nur unter sehr günstigen Form- und Lageverhältnissen des Tumors eine völlige Ausräumung des Uterus und sichere Vermeidung der grossen Gefahren des Abortes möglich ist. So etwa am ehesten noch bei Cervixmyomen (Hauks).

Die Gefahren bestehen vor allem in enormen Blutungen, die besonders dann mit grosser Sicherheit einzutreten pflegen, wenn die Placenta auf der Basis der Tumoren sitzt, deren starres Gewebe die Contraction hindert, sodann in der Möglichkeit puerperalen Zerfalls [1]).

In den allermeisten Fällen wird aber eine sichere Vermeidung dieser Gefahren nicht möglich und die Operation der weitergehende, aber empfehlenswerthere Eingriff sein.

Das einzuschlagende Verfahren muss sich zunächst nach dem Sitze des Myoms richten. Die Diagnose ist nicht immer leicht, und in sehr vielen Fällen kann man sich für eine bestimmte Therapie erst dann entscheiden, wenn man das Abdomen geöffnet hat und die Theile vor sich sieht. Ehe man so weit ist, kann man sich meist nur unbestimmt entscheiden, je nach der mehr oder weniger möglichen Isolirung des Tumors von Uterus und Adnexen, nach der Verschiebung gegen diese Theile und nach der Grösse der Neubildung.

Bei subserösen Myomen ist eine Schwangerschaft nicht so selten beobachtet worden, seltener, wie schon erwähnt, bei den interstitiellen, am seltensten bei den submucösen. Bei den letzteren ist eine Schwangerschaft in höheren Monaten wegen der dabei stets

---

[1]) S. Hegar-Kaltenbach: „Operative Gynäkologie", 3. Aufl.

in hohem Maasse vorhandenen Veränderung der Gebärmutterschleimhaut nicht beobachtet worden, und wohl aus diesem Grunde erwähnen die Autoren von der Therapie solcher nichts. Die Gefahren des Abortes erreichen hier ihren Höhepunkt, und das einzige Verfahren dürfte wohl die Entfernung des Tumors mit dem Uterus sein, wenn einmal der Fall eintreten sollte. Aber auch bezüglich der Therapie der anderen Myome sind die Angaben nicht sonderlich reichlich. A. Routier[1]) fühlt sich demgemäss zu der Klage veranlasst: „Nous n'avons trouvé pour nous guider dans cette intervention que fort peu d'indications dans les auteurs. Charpentier dans son „Traité des accouchements“ étudie bien comme Gusserow les rapports du fibrome avec la grossesse, mais ces deux auteurs sont brefs quand il s'agit du traitement.“ Die Angaben anderer Autoren, wie Hegar-Kaltenbach und Frommel, scheinen ihn auch nicht zufrieden zu stellen, theils wegen ihrer Kürze, theils wegen der mangelnden Uebereinstimmung unter den verschiedenen Angaben.

An der Hand der operirten Fälle will ich versuchen, diejenigen therapeutischen Grundsätze anzuführen, nach welchen in den weiteren beobachteten Fällen von Myomen verfahren worden ist, und welche überhaupt in der A. Martin'schen Anstalt die allgemeine Richtschnur für die operativen Eingriffe bilden. Sie entsprechen vielfach den Ansichten, die wir auch sonst in der gynäkologischen Literatur zerstreut finden. Es scheint mir von Werth zu sein, sie im Zusammenhange im Anschluss an die Krankenfälle anzuführen.

Vorab sei bemerkt, dass die operative Entfernung der Myome nur dann geboten erscheint, wenn sie entweder die Entwickelung des Uterus oder den späteren Ausgang der Schwangerschaft zu stören drohen. Die Ausstossung eines reifen Kindes wird von kleinen Myomen nicht behindert, wenn dieselben oberhalb des Contractionsringes sitzen. Kleinere Myome vom schwangeren Uterus zu entfernen, ist deshalb nur bei weiteren Complicationen geboten.

Herr Dr. Martin stellte mir einen diesbezüglichen Fall aus seiner Privatpraxis zur Verfügung. Es handelte sich um eine Dame, die am graviden Uterus ein über halbfaustgrosses Myom hatte. Ein College hatte die Diagnose richtig gestellt und die Dame zur Operation an Herrn Dr. Martin verwiesen, welcher sich

---

[1]) „Fibrome utérin et grossesse“ in den „Annales de gynécologie“, Mars 1890.

nach genauer Untersuchung für ein exspectatives Verhalten entschloss. Es kam später zu normaler Geburt mit durchaus normalem Wochenbett.

Anders in den folgenden Fällen.

5. Fall.[1]) Frau v. T., 41 J., I. grav. Myoma subseros. ut. grav. m. IV. — Enucl. myom. (27. Juli 1882). Dauer 10 Minuten. Abort. Heilung.

6. Fall. Frau D., 43 J. (P. J. XXI. 1370.) I. grav. Myoma subseros. ut. grav. m. IV. — Exstirp. myom. (2. November 1885. Op. J. XIV. 491.) Dauer 35 Minuten. Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

12. Mai 1886. Abends 10 Uhr Geburt eines ausgetragenen Mädchens; Entbindung leicht, Placenta musste manuell gelöst werden.

7. Fall. Frau Z., 35 J. (P. J. XXV. 1380.) Myoma subseros. ut. grav. m. V. Nephr. apostem. tuberc. — Enucl. myom. (20. October 1886. Op. J. XV. 525.) Dauer 26 Minuten.

23. October Abort. 24. October Tod.

Im Allgemeinen sind natürlich die subserösen Myome der Therapie mittelst Laparatomie am meisten zugänglich. Man kann bei ihnen auch am ehesten erwarten, dass der Eingriff nicht zum Abort führt, besonders wenn sie gut gestielt sind. Leichter kommt es natürlich zur Fehlgeburt, wenn die Myome breit aufsitzen und sich zwischen die Muskelfasern hineingedrängt haben, wie es in den Fällen 5 und 7 war. Hier ist denn auch Abort eingetreten, und in dem letzteren, entsprechend den bereits besprochenen grossen Gefahren des Abortes bei Uterustumoren, am 4. Tage nach der Operation der Tod.

Wichtig ist daher bei den subserösen Myomen die Entscheidung, ob man abwarten kann oder nicht. Sind sie gut gestielt, so operire man (Fall 6). Es gilt hier bis zu einem gewissen Grade dasselbe, was oben von den nicht verwachsenen Ovarialtumoren bereits gesagt worden ist. Ist das subseröse Myom aber nicht gestielt, sitzt es breit auf, so empfiehlt es sich zur Umgehung, resp. Vermeidung des Abortes — darin liegt die grösste Gefahr des Eingriffes — so lange abzuwarten, als eine Compression des Uterus oder der Adnexe mit den Gefässen nicht eintritt.

---

[1]) Siehe Langner, l. c.

Hat man aber Grund, eine solche zu befürchten, oder tritt sie wirklich ein, so ist die subseröse Absetzung des Tumors am Platze. In diagnostischer Beziehung dürfte es wohl in den meisten Fällen nicht möglich sein, zwischen breiten subserösen und interstitiellen Myomen zu unterscheiden, zumal Uebergänge und gleichzeitiges Vorkommen beider nicht selten sind. Die Schwierigkeit der Entfernung ist oft die gleiche, ebenso natürlich die Gefahr des Abortes nach der Operation. Zum Glück ist in den Fällen, in denen der Abort am wahrscheinlichsten ist, in den Fällen von interstitiellen und submucösen Myomen, das Vorkommen einer Gravidität am seltensten.

8. Fall.[1]) Frau B., 40 J., I. grav. Myomata subserosa et intramuralia uteri grav. m. IV. — Enucl. myom. duorum (ohne Eröffnung des cav. uteri [6. März 1881.]) Dauer 65 Minuten.

Am 10. März 1881 Abort, Collaps, Tod.

9. Fall. Frau B., 36 J. (P. J. XXXII. 1474.) Myomata subserosa et interstit. pariet. ant. uteri grav. m. III. — Enucl. myomatum (7. November 1888. Op. J. XX. 652.) Dauer 36 Minuten.

24. November 1888 Abort. — Heilung.

In diesen beiden Fällen war es noch möglich, durch Enucleation wenigstens den grössten Theil der Neubildung zu entfernen. Anders aber, wenn dieselbe eine solche Ausdehnung gewonnen hat, dass der ganze Uterus myomatös geworden und das normale Gewebe zum grössten Theil verdrängt und geschwunden ist, wie es in den beiden folgenden Fällen beobachtet wurde.

10. Fall. Frau D., 34 J. (P. J. XIX. 2.) Myom. uteri grav. m. VI. (Fötus abgestorben seit 4 Monaten.) — Amput. uteri supravag. (5. Januar 1885. Op. J. XII. 7.)

Tod an Periton. haemorrh.

11. Fall. Frau W., 40 J. (P. J. XXX. 794.) Myomata interstitialia uteri grav. m. III.—IV. — Amp. uteri supravag. (23. Juni 1888. Op. J. XIX. 372.)

Exit. let. 4. Juli 1888.

In solchen Fällen bleibt weiter nichts übrig, als die Abtragung des Uterus mitsammt Tumor. Der nachgiebige Zustand der Gewebe

---

[1]) Siehe O. Langner, l. c.

ist für die Ausführung der Operation nur günstig. Vorausgesetzt ist hierbei natürlich, dass die Beschwerden der Patientin so hochgradige sind, dass Abwarten und späterer Kaiserschnitt unmöglich ist. Kann man bei mässigen Beschwerden abwarten, so ist die weitere Entwickelung der Schwangerschaft jedenfalls genau im Auge zu halten, um zutreffenden Falles den möglichst günstigen Zeitpunkt für den eventuellen Kaiserschnitt nicht vorübergehen zu lassen.

Macht man den Kaiserschnitt, so wäre die alte classische Methode nur dann zu bevorzugen, wenn bei der Gelegenheit alle Geschwulsttheile entfernt werden könnten. Ist dieses aber nicht möglich, oder sind weitere Schwangerschaften misslich, beispielsweise bei Allgemeinleiden wie Osteomalacie, so wähle man die Porro'sche Methode oder die Totalexstirpation nach Martin.

Diese radicaleren Verfahren können schon am Platze sein, wenn die myomatöse Entartung der Gebärmutter noch nicht so grosse Fortschritte gemacht hat, wie es in den beiden letzten Fällen war, nämlich dann, wenn die Geschwulst die Wand des Uterus durchsetzt oder den Weg verlegt. Hierher gehört der folgende, des hohen Interesses wegen, welches er bietet, etwas ausführlicher zu beschreibende

12. Fall. Frau Th. (P. J. XXXII. 1513.) Patientin ist 37 Jahre alt, seit 2½ Jahren verheirathet, hat einmal abortirt und war sons tstets regelmässig menstruirt seit ihrem 14. Lebensjahre; jetzt gravid seit 4 Monaten. Die Beschwerden sind enorm, die Patientin ist sehr schwach bei vollständigem Appetitmangel und sehr trägem Stuhlgang. Myomata uteri grav. m. IV.

Lap. 14. November 1888. (Op. J. XX. 670.) Exstirp. ut. grav. m. IV. c. myom. intramur. et adnexis.

In der hinteren Uteruswand, tief unten, besonders aber in der vorderen, mehrere bis kleinfaustgrosse, tief in der Muskulatur sitzende Myome. Entfernung der Tumoren ohne Eröffnung der Uterinhöhle nicht möglich, ebenso wenig bei Bestehenbleiben derselben eine Geburt, da besonders das grössere Myom ein absolutes Geburtshinderniss abgeben musste, weil es mit seinem unteren Ende tief in das Becken hineinragte. Abwarten bei der grossen Hinfälligkeit der Patientin unthunlich. Deshalb wird nun nach den nöthigen Unterbindungen der Uterus in toto aus seinen Verbindungen gelöst, und ein T-förmiges Drainrohr nach der Scheide geführt. — Dauer 33 Minuten.

Die Heilung nahm einen ungestörten Verlauf, wenngleich die Entlassung der Patientin durch Schmerzen in der linken Knie- und Schultergelenksgegend, die wahrscheinlich auf thrombotische Vorgänge zurückzuführen waren, etwas weit hinausgeschoben werden musste. Am 5. Tage nach der Operation entleerte sie die ersten Flatus, am Tage darauf hatte sie zum erstenmale und von da an regelmässig täglich Stuhlgang. Am 9. Tage Verbandswechsel; Heilung per primam; am 11. Entfernung der Seidenfäden, am 14. Tage konnte Patientin im Bett aufsitzen, am folgenden stand sie auf. Infolge der erwähnten Schmerzen — sonst war vollkommene Euphorie vorhanden — konnte Patientin erst am 15. December 1888, dem 33. Tage nach ihrer Aufnahme in die Anstalt, entlasen werden.

Am 14. April 1890 hatte ich Gelegenheit, die Patientin zu sehen. Nachdem die nach der Operation noch bestehenden mässigen Beschwerden im Laufe eines Jahres vollständig geschwunden sind, befindet sie sich in vorzüglichem Wohlsein.

Das Präparat ist nach der beigefügten Abbildung (Nr. 1) leicht verständlich. 1a stellt die vordere, 1b die hintere Uterus- und Geschwulsthälfte dar. Der Gefrierschnitt hat 2 der Geschwulstknollen getroffen, eine grössere auf der linken Seite des schwangeren Uterus liegende (K) und eine kleinere unmittelbar neben der Portio sitzende Masse (M), beide getrennt durch eine dünne Bindegewebsschicht (B). Die Frucht befand sich in Steisslage, die Placenta (P) sass im Fundus uteri, und der grössere Theil ihrer Insertionsfläche war nur durch ein sehr dünnes Uterusgewebe (U) von dem oberen Theil des grösseren Myomknotens getrennt, ein Umstand, der bei beabsichtigter Ablösung der Geschwulst vom Uterus sehr zu beachten gewesen wäre. An beiden Rändern der durchschnittenen Placenta waren kleine Blutaustritte (H) zu bemerken.

Die Maasse des (im Alkohol sehr geschrumpften) Präparates sind folgende:

Länge des Uterus v. Fund. bis z. Orific ext. . .	13 ½	cm
Grösster Durchmesser des Uterus, ventrodorsal .	10 ½	„
Laterale Ausdehnung „ „ ohne Geschwulst	10	„
„ „ „ „ mit „	18	„
Länge des Fötus	10 ½	„
Ausdehnung der Placenta	7	„
Grösste Dicke der Placenta	3 ½	„
Ausdehnung des Blutextravasates, oben	2	„
„ „ „ unten . . .	1	„
Grösste Dicke „ „ . .	0,6 resp. 0,4	„

Von den Myomen des Uterus müssen wir uns nunmehr zu den sogenannten bösartigen Neubildungen des Uterus

wenden, zu den Carcinomen. Es kann sich hier naturgemäss zunächst nur um Collumcarcinome handeln.

Sehr viel einfacher als bei den Myomen ist hier die Frage nach Diagnose und Therapie. Bezüglich der ersteren sind ja meist die krankhaften Partien dem untersuchenden Finger und dem Auge zugänglich, und nach Entnahme eines kleinen Fetzens von dem meist bröckligen Gewebe sichert das Mikroskop die Diagnose.

Sehr schwierig kann dieselbe indessen werden, wenn es sich um Carcinome der Ovarien oder der Baucheingeweide handelt, die von der Abdominalhöhle aus auf das Corpus uteri übergegangen sind, wie der weiter unten erwähnte Fall darthut.

Es ist bei der überwiegenden Mehrheit des Vorkommens der Carcinome des Uterus auch mit Gravidität gegenüber den Myomen auffallend, dass sich nur ein Fall in dem poliklinischen Material findet, der zur Laparatomie gekommen ist. Es hat dieses darin seinen Grund, dass bei den andern Fällen von Krebs bei Schwangerschaft, die in der Poliklinik beobachtet wurden, meist der carcinomatöse Process schon zu weit fortgeschritten war, um noch an eine Radicaloperation denken zu können.

Damit ist denn auch schon die ganze Therapie bei mit Schwangerschaft complicirten Carcinomen angedeutet: Erscheint es möglich, die carcinomatösen Theile auf irgend eine Weise, am sichersten bei durch Schwangerschaft vergrössertem Uterus vom eröffneten Abdomen aus, zu entfernen, so ist dieses Verfahren ohne Rücksicht auf das Ei dringend indicirt. Ist das Carcinom nicht operabel, so bleibt leider nichts übrig als abzuwarten.

In einem Falle von Portiocarcinom bei Gravidität hat Herr Dr. Martin versucht, nach der Schröder'schen Schule mit der hohen Excision auszureichen, sah sich jedoch veranlasst, im Anschluss an die Epikrise dieses Falles sich in bestimmtester Weise für die Totalexstirpation auszusprechen, welchen Ausführungen ich mich voll und ganz anschliesse.

13. Fall. Frau M., 38 J. (P. J. XXXIII. 242.) Diagnose: Tum. ovar. dextri. Grav. m. IV. — Lap.: (21. Februar 1889. Op. J. XX. 122.) Tum. carcinomatosus omenti. Entfernung nicht möglich. Dauer 10 Minuten. Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

Die Diagnose war auf einen Ovarialtumor gestellt, leider aber ergab sich nach Eröffnung der Bauchhöhle, dass das ganze Netz und

die Serosa des Darmes, der Bauchwandungen und der Beckenorgane mit carcimonatösen Wucherungen übersät waren. Daneben bestanden so ausgedehnte Verwachsungen, dass an eine auch nur theilweise Lösung und Entfernung der kranken Theile gar nicht gedacht werden konnte. Nach ihrer Entlassung abortirte die Patientin im 5. Monat. Auffallenderweise erholte sie sich nach diesem Aborte so ausserordentlich, dass die vorher ziemlich heruntergekommene Frau jetzt wieder täglich von früh bis spät in ihrem ziemlich anstrengenden Geschäfte thätig sein kann.

Es drängt sich hierbei die Frage auf, ob nicht die Einleitung des Abortes überhaupt indicirt wäre, wenn bei vollständig inoperabelem Carcinom und bereits begonnenem Kräfteverfall zugleich Schwangerschaft vorliegt, da diese letztere doch keinesfalls geeignet ist, die Kräfte der Frau zu schonen. Vor Allem kämen die Fälle in Betracht, in denen das Kind, soweit sich die Verhältnisse übersehen lassen, keine Chancen hat, ausgetragen zu werden, weil der Exitus letalis der Frau voraussichtlich früher eintreten wird, als das Ende der Schwangerschaft.

Bei gut operablem Carcinom könnte nur das Eine noch fraglich sein, ob ein weiteres Abwarten dann gestattet wäre, wenn die Gravidität ihrem normalen Ende, etwa auf Monatsfrist, nahe wäre. Bei der Bösartigkeit des Leidens möchte ich mich jedoch dahin entscheiden, in diesem Falle nicht abzuwarten, sondern nach Einleitung der künstlichen Frühgeburt möglichst bald zur Radicaloperation zu schreiten, da man nur auf diese Weise erwarten kann, beide Leben zu retten.

Es folgen zwei Fälle von intraligamentären Tumoren:

14. Fall. Frau J., 27 J. (P. J. XXXIII. 1886.) Tum. intralig. sin. Grav. m. V.—VI. — Lapar. altera (3. Mai 1889. Op. J. XXI. 305.) Incisio abscess. lig. sin. Dauer 12 Minuten.

Heilung. Normale Geburt 25. September 1888.

Der Abscess des linken Ligamentum latum war als solider Tumor erschienen. Nach der Incision entleerte sich eine ziemlich grosse Menge zum Theil käsigen Eiters. Nach gründlicher Ausräumung und Reinigung des Abdomens, in welches viel Eiter geflossen war, wurde die Höhle ohne Drainage geschlossen.

Sowohl in diesem wie im folgenden Falle war schon eine

Laparatomie vorangegangen. Die Diagnose war wiederum auf einen intraligamentären Tumor gestellt worden.

15. Fall. Frau T., 28 J. (P. J. XXXVI. 1918.) Kleine magere Blondine, seit 12 Jahren regelmässig menstruirt, zum letzten Male vor ca. $3^1/_2$ Monaten. Vorangegangen waren zwei leichte Geburten mit normalen Wochenbetten. Vor einem Jahre hat sich Patientin wegen einer Eierstocksgeschwulst einer Laparatomie unterzogen, nach welcher Zeit sie andauernd starke Schmerzen hatte. Stuhlgang verstopft, Urinentleerung öfter mit brennenden Schmerzen.

Jetzt Abdomen ausgefüllt mit einem weit über kindskopfgrossen Tumor: Tumor intralig. sin. Gravid. m. III.—IV.

Lap. altera: 4. December 1889. (Op. J. XXII. 885.) Schnitt links von der alten Bauchschnittwunde. Es zeigt sich ein grosser vielcystischer, intraligamentär entwickelter und mit der linken Seite des schwangeren Uterus in deren ganzer Ausdehnung breit verwachsener Tumor von nahezu doppelter Kindskopfgrösse. Nach Unterbindung der Ligamente stumpfe Loslösung des Tumors vom Uterus, der Tumor platzt hierbei und es entleert sich eine dicke colloide Flüssigkeit. Wegen der in jeder Beziehung ungünstigen Prognose — auch beim Abwarten zum event. Kaiserschnitt — bei so grosser Wundfläche am schwangeren Uterus und wegen der drohenden Abortgefahr wird der Uterus ebenfalls entfernt. Drainage nach der Scheide. Schluss der Bauchwunde, wie gewöhnlich, mit ca. 5 durchgreifenden Seiden- und dazwischen gelegten oberflächlichen Katgutsuturen. Jodoformgazewatteverband. Dauer 44 Minuten.

Der weitere Verlauf war durchaus günstig. Temperatur und Puls stiegen wenig nach der Operation, um in den nächsten Tagen zum Normalen gleichmässig abzufallen. Die Patientin hatte kein Erbrechen nach der Narkose, es stellten sich allmälig ein starker Motus peristalticus, am vierten Tage Flatus, am fünften zweimal spontan Stuhlgang ein. Schlaf gut, geringe Schmerzen im Leibe. Am neunten Tage Verbandwechsel: glatte Heilung; am elften Tage Entfernung der Seidensuturen, am vierzehnten stand Patientin auf, und am gewöhnlichen Termin, 16 Tage nach der Operation, dem 19. December 1889, wurde sie geheilt entlassen. Der untere Wundwinkel zeigte eine oberflächliche, etwa erbsengrosse, gut granulirende Stelle, sonst war die Heilung per primam eingetreten. Das Allgemeinbefinden war vorzüglich.

Das Präparat wird veranschaulicht durch die beiden beigefügten Abbildungen, von denen die eine (2a) die vordere, die andere (2b) die hintere Uterusinnenfläche darstellt. Der Fötus war in 2. Schädellage, der Sitz der Placenta (P) war links, entsprechend der Seite, an der der Tumor sass, von dessen bindegewebigem Sack noch ein im Alkohol stark ge-

schrumpfter Lappen (L) auf der Abbildung zu sehen ist. Nach der Exstirpation des Ganzen stülpte sich ein Theil der Fruchtblase in runder apfelgrosser Form aus dem Orific. ext. heraus, welcher nach Durchschneidung des Präparates und Schmelzen des Inhalts zusammenfiel und als kleiner Lappen aus dem Muttermunde (F) hervorhängt. Am beachtenswerthesten ist aber die Partie im Fundus uteri, woselbst gleich nach Ausführung des Gefrierschnittes ein grosses Blutextravasat (H) zwischen Uteruswand und Eihäuten zu erkennen war. Das Coagulum ist aus dem Präparat herausgefallen, aber es ist noch deutlich zu erkennen, dass auch der obere Placentarand durch dasselbe abgehoben war. Der Abort mit seinen Gefahren wäre also mit Sicherheit zu erwarten gewesen, wenn der Uterus erhalten blieb.

Die Maasse (des im Alkohol geschrumpften) Präparates sind folgende:

Länge des Uterus v. Fund. bis z. Orific ext.	13,5	cm
Grösste Dicke des Uterus	10	„
Laterale Ausdehnung ohne Geschwulst	13	„
„ „ mit Tumor	27	„
Länge des Fötus in situ	12,75	„
Ausdehnung der Placenta	9	„
Grösste Dicke der Placenta	2	„
Ausdehnung des Blutextravasates	12	„
Grösste Dicke des Blutextravasates.	1,5	„

Von den intraligamentären Tumoren gilt bis zu einem gewissen Grade dasselbe, was von den nicht mit dem Uterus verwachsenen Tumoren der Anhänge derselben bereits oben gesagt wurde: Man operire, wenn die Isolirung derselben von der schwangeren Gebärmutter ohne grosse Schwierigkeiten vor sich gehen kann. Es kommen hier dieselben Umstände in Betracht, und man erhält dieselben günstigen Verhältnisse, wie dort auseinandergesetzt wurde. Dass dieses leider nicht immer angeht, zeigt der zuletzt erwähnte Fall, der sich seinem ganzen Verhalten nach am meisten dem Falle 12 anschliesst und daher, wie dieser, einer ausführlichen Beschreibung für werth gehalten wurde.

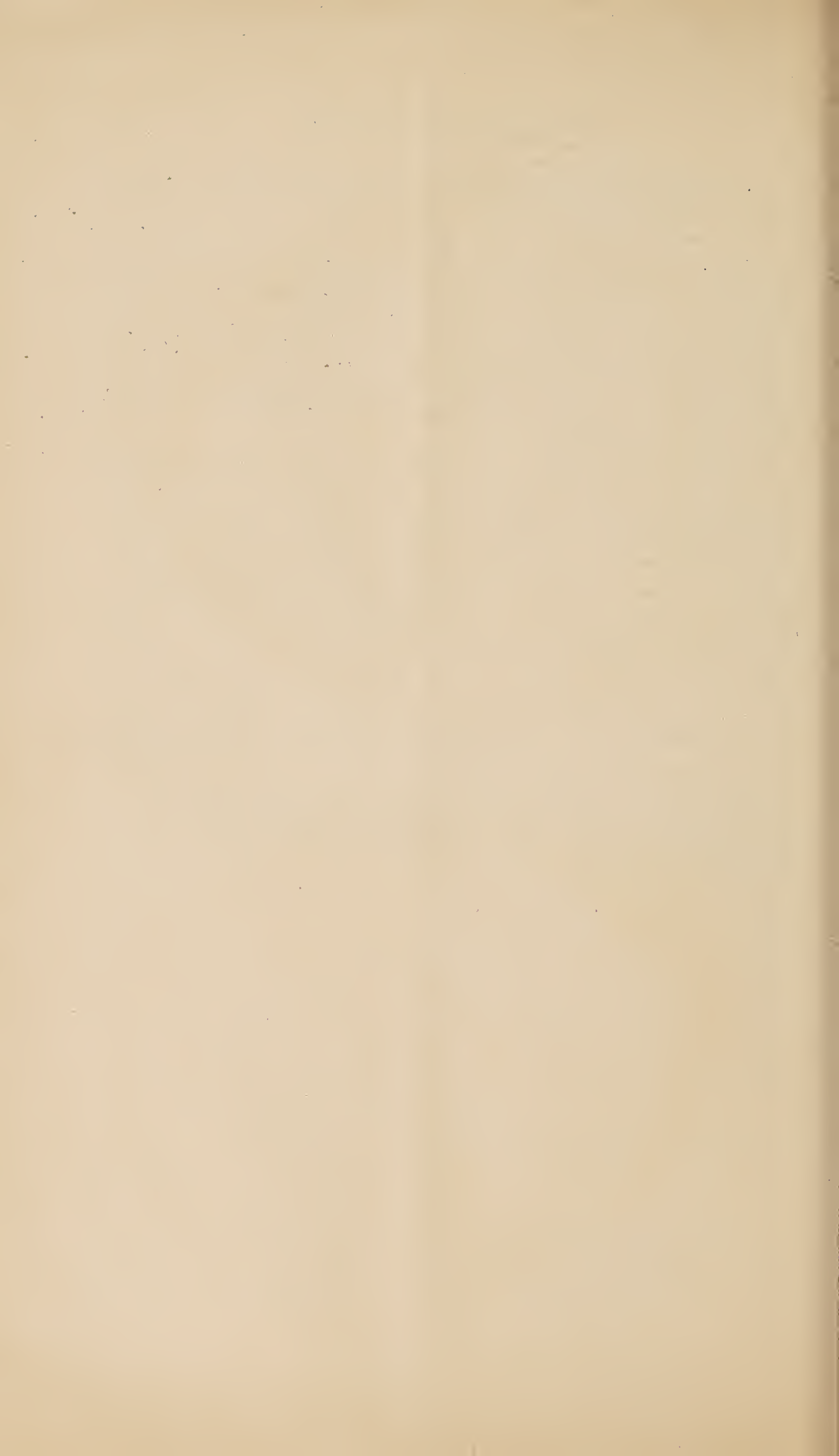
Von Geschwülsten der Baucheingeweide bleibt nunmehr, da der Fall von carcinomatösem Netztumor (13.) schon oben erwähnt worden ist, nur noch ein Fall übrig:

16. Fall. Frau S., 22 J. (P. J. XXXVI. 2006.) Tum. ren. dexter. (Hydronephrosis) Grav. m. III.—IV. — Nephrectomia dextra (4. December 1889. Op. J. XXII. 883.) Dauer 31 Minuten. Heilung ohne Störung der Schwangerschaft.

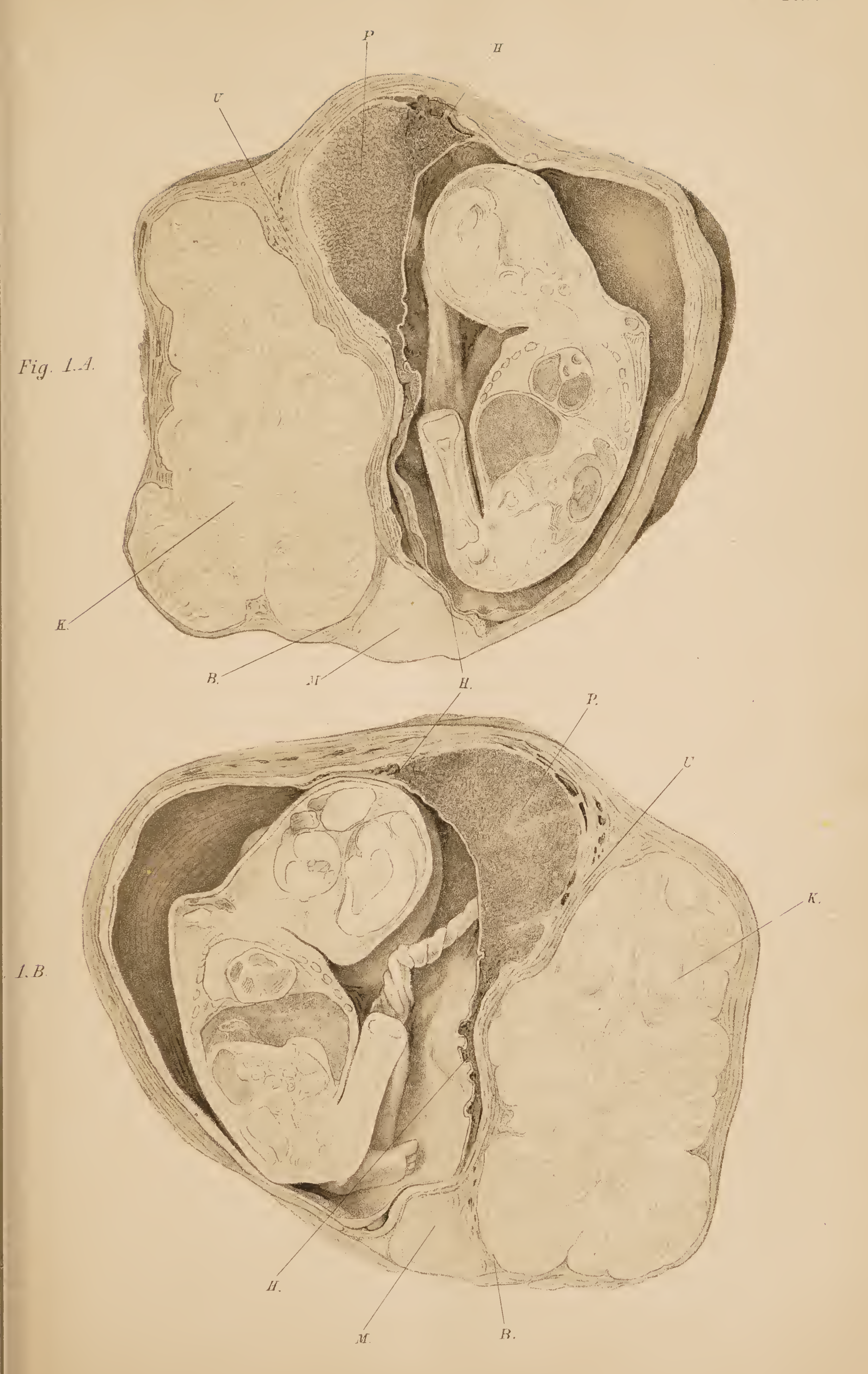
8. April 1890. Patientin fühlt sich ausserordentlich wohl und erwartet im Mai ihre Niederkunft.

Die Diagnose stiess auf keine besonderen Schwierigkeiten. Interessant ist, dass die Patientin früher wegen ärztlich constatirter Wanderniere eine Binde getragen hatte, und dass der Tumor mit Eintritt der Schwangerschaft in ganz enormer und die Frau höchst beängstigender Weise gewachsen war, so dass er, als er zur Operation kam, schon das ganze rechte Hypochondrium bis fast zur Regio iliaca hin ausfüllte.

Was die Operation der Geschwülste der Baucheingeweide nöthig macht, resp. die Patientinnen dazu antreibt, sind meist nicht die Veränderungen des Stoffwechsels, die sie mit sich bringen und die die Patientinnen manchmal in ganz enormer Weise herunterbringen — diese schreiben sie auf Rechnung der Schwangerschaft —, sondern die Beschwerden, die die Geschwulst in mechanischer Weise hervorbringt, vor allem dyspnoische Beschwerden, die auch in diesem Falle nicht fehlten. Trotzdem die Geschwulst mit dem schwangeren Uterus in keinem Zusammenhang war, so war der Eingriff ein verhältnissmässig grosser. Die Operation war wegen der sehr zahlreichen und grossen Gefässe eine ziemlich blutige, und dem Stoffwechsel wurden plötzlich andere, nicht dazu vorbereitete Bahnen angewiesen, ein Umstand, der bei vorhandener Schwangerschaft keineswegs bedeutungslos sein kann.



Taf. I.



Lith. Anst. v. Ebenhusen & Eckstein, Stuttgart.



Taf. II



Fig. 2 B.

Fig. 2. A.

Lith. Anst. v. Ebenhusen & Eckstein, Stuttgart.





